

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Juillet 1893

Par **GEORGES CALTON**

Né à Paris, 27 février 1866

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Ancien moniteur

A la Clinique d'Accouchement de la Faculté

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

D'UN

ÉRYTHÈME SYMPTOMATIQUE

D'UNE INFECTION SECONDAIRE

EN PARTICULIER AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
CHEZ L'ENFANT

Président : M. TARNIER, Professeur.

Juges : MM. JOFFROY,

BAR,

ALBARRAN,

} agrégés.

PARIS

L. BATAILLE ET C^e, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23

1893

308

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Juillet 1893

Par **GEORGES CALTON**

Né à Paris, 27 février 1866

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

Ancien moniteur

A la Clinique d'Accouchement de la Faculté

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

D'UN

ÉRYTHÈME SYMPTOMATIQUE

D'UNE INFECTION SECONDAIRE

EN PARTICULIER AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
CHEZ L'ENFANT

Président : M. TARNIER, Professeur.

Juges : MM. JOFFROY,

BAR,

ALBARRAN,

} *agregés.*

PARIS

L. BATAILLE ET C^{ie}, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		LABOULBÈNE.
		STRAUS.
	}	SEE (G.).
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		N.
Clinique des maladies des enfants.....		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		N.
Clinique des maladies nerveuses.....		CHARCOT.
	}	LE FORT.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....		PANAS.
Clinique des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires: MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERRER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vauz anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté: M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Il est pour nous un devoir que nous sommes heureux de remplir ici, c'est de témoigner notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Le premier, celui qui nous est cher à plus d'un titre, médecin distingué, homme d'un désintéressement et d'un mérite aussi grands que son esprit et sa bonté, est M. le docteur Métivier, ancien interne des hôpitaux, dont nous ne pourrons jamais faire un assez chaleureux éloge. C'est lui qui a dirigé nos premiers pas dans la carrière médicale, qui nous a aidé, soutenu et conseillé pendant tout le cours de nos études. Nous lui renouvelons avec bonheur nos plus vifs remerciements et l'assurance de notre éternelle reconnaissance.

Auprès de lui, nous avons à rappeler le souvenir de M. le docteur Féréol, de qui nous avons été l'externe à la Charité, et que la mort a enlevé à ses élèves et à la science. On ne peut oublier ses conseils affables ni la sagacité remarquable qu'il montrait dans les discussions médicales. Faut-il rappeler les heureuses descriptions qu'il fit, à l'Académie de Médecine, de certains phénomènes des maladies nerveuses, des maladies pulmonaires, etc. ?

Nous remercions avec un sentiment de profonde gratitude MM. les docteurs Tillaux, P. Marie, Widal, Bazy et Sébilleau, de leur bienveillante sympathie et de leurs savants conseils.

Nous remercions avec une égale reconnaissance nos maîtres dans les hôpitaux pendant nos années d'externat : M. le docteur Mesnet, à l'Hôtel-Dieu ; M. le docteur Tenneson, à Saint-Louis ; M. le docteur Hippolyte Martin, à l'hôpital Herold ; M. le professeur Peyrot, à Lariboisière, qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance ; M. le doc-

teur Legroux, à Trousseau, que nous ne saurions trop remercier d'avoir bien voulu nous laisser les observations qui font le sujet de notre thèse. Nous avons gardé le souvenir de ses leçons cliniques du mercredi, pleines d'entrain, d'humour et de science.

Nous devons une reconnaissance particulière à M. le docteur Hutinel, professeur agrégé de la Faculté, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, qui nous a aidé de ses conseils, de ses notes, nous permettant d'emprunter à ses travaux tous les matériaux qui nous ont été nécessaires.

Pendant l'année que nous avons passée à la clinique d'accouchement de la Faculté, nous avons eu le grand honneur de recevoir les précises et aimables démonstrations de M. le professeur Tarnier. Tous ceux qui l'ont approché connaissent sa sagesse et sa science unies pour le bien, et l'on ne peut qu'admirer le chef de l'école française d'obstétrique, le créateur de découvertes qui sauvent les enfants par la cœvoise, et qui épargnent les mères, grâce aux plus ingénieux instruments.

Nous avons dû aux bonnes leçons de M. Tissier, chef de clinique d'accouchement, d'être nommé moniteur à la clinique ; nous remercions aussi M. le chef de clinique, Demeulin, de sa bienveillance.

Qu'il nous soit enfin permis de témoigner toute notre gratitude à Mademoiselle Hanicot, sage-femme en chef de la clinique d'accouchement de la Faculté, pour son extrême amabilité et pour les heureux et bons conseils qu'elle a bien voulu nous donner dans la pratique des accouchements.

Que M. le professeur Tarnier, qui daigne accepter la présidence de notre thèse, veuille bien recevoir l'hommage de notre profonde reconnaissance pour ce nouvel honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉRYTHÈME SYMPTOMATIQUE

D'UNE INFECTION SECONDAIRE
EN PARTICULIER AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ L'ENFANT

CHAPITRE PREMIER

Définition

Les infections secondaires dans le cours des maladies générales sont fréquentes, surtout à l'hôpital.

Elles revêtent alors des formes graves et une allure épidémique meurtrière, lorsqu'elles apparaissent dans certaines conditions. C'est principalement quand les malades atteints d'affections aiguës se trouvent dans des services encombrés, lorsque ces malades, eux-mêmes, entrent à l'hôpital dans un état général mauvais, ou bien avec une tare organique antérieure.

A ces conditions premières : influence du milieu, influence du terrain, il faut ajouter les modifications apportées par l'état aigu, et l'origine même de l'infection secondaire.

Autant de conditions, autant de causes pour modifier l'aspect des infections secondaires, autant de formes que ces infections peuvent revêtir.

Les infections secondaires sont donc extrêmement variées dans leurs manifestations.

Quelques-unes sont curieuses par leur localisation et leur aspect : ce sont les éruptions cutanées déjà souvent signalées dans toutes les maladies infectieuses. Ces éruptions cutanées ne sont qu'un des signes des infections secondaires, lesquelles se révèlent par bien d'autres symptômes. Ce sont des érythèmes survenant dans le cours d'une infection secondaire et causés par cette infection.

Ces érythèmes infectieux, symptomatiques d'une infection secondaire, ont été plus fréquemment signalés chez les enfants. Cela est peut-être dû à la facilité de l'observation, ou bien à la sensibilité plus grande de la peau à cet âge, ou encore au grand nombre de manifestations cutanées aiguës auxquelles sont sujets les enfants (fièvres éruptives). On a décrit ces érythèmes, en effet, dans les fièvres éruptives et en particulier dans la rougeole, la scarlatine. On les a décrits surtout dans la diphtérie, et enfin, en particulier, dans la fièvre typhoïde.

Dans la fièvre typhoïde, les érythèmes infectieux ont fait l'objet de travaux variés ; mais les formes graves des érythèmes infectieux, dans cette maladie, n'ont été signalés d'une façon particulière qu'en 1890, dans *la Médecine moderne*, p. 81, 101, 124, par MM. les docteurs Hutinel et Martin de Gimard.

Depuis, un des élèves de M. le docteur Hutinel, M. le docteur Mussy, ancien interne des hôpitaux, a étudié particulièrement dans sa thèse, parue en janvier 1892, les érythèmes infectieux dans la diphtérie. Puis M. le docteur Hutinel, dans les *Archives générales de Médecine*, 1892 p. 263 et 385

septembre et octobre), a repris la question à un point de vue plus général.

Ce n'est plus seulement, comme dans la première publication, l'étude de l'érythème infectieux dans la fièvre typhoïde, mais bien une étude sur quelques érythèmes infectieux : l'érythème infectieux n'étant que « *l'expression symptomatique accidentelle d'une infection générale, à manifestations multiples.* » Ces érythèmes sont étudiés dans la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, les angines, la diphtérie.

En avril 1893, M. Manning décrit dans le *Brit. Med. Journal*, p. 691, des érythèmes cutanés consécutifs à la scarlatine et à la diphtérie, observés par lui à City Hospital, à Birmingham.

Il est intéressant de citer en partie cette étude qui semble n'être que la reproduction des travaux précédents du docteur Hutinel.

C'est ainsi que l'on trouve décrits les principaux faits sur lesquels M. le docteur Hutinel avait déjà insisté dès 1890, et qu'il a complétés en 1892, comme il a été dit plus haut.

« Cette complication, dit M. Manning, se rencontre dans 2, 1 0/0 des cas, et fournit une mortalité considérable de 79, 6 0/0. Elle s'observe surtout à la suite des processus ulcératifs de la bouche, de la gorge et du nez, fréquents dans la diphtérie et la scarlatine...

« L'éruption survient ordinairement dans le second septénaire... »

Puis, description de l'éruption.

L'auteur insiste aussi sur les phénomènes généraux.

« La fièvre oscille ordinairement entre 100° et 105° F. (= 37°, 7 et 40°). Elle baisse quand le rash pâlit et s'élève à chaque recrudescence ou avant la récurrence. Le pouls est à 103 — 200. Les phénomènes cérébraux se manifestent sous forme d'agitation, d'insomnie, de soubresauts tendineux,

d'assoupissement. L'amaigrissement est rapide et l'albuminurie a été constatée dans tous les cas où l'urine a pu être examinée. La situation se complique du quatrième au cinquième jour par l'apparition d'une pneumonie septique, ou d'une diarrhée, ou de vomissements incoercibles, etc... »

A l'autopsie, on ne trouve décrites que des altérations valvulaires, la congestion pulmonaire, l'altération des reins. Rien dans les autres organes. — Il manque ici les lésions du foie constantes, l'altération du sang, et enfin les examens bactériologiques faits par M. le docteur Hutinel.

Enfin, en mai 1893, MM. le docteur Hutinel et Claisse, interne médaille d'or des Hôpitaux, publient dans la *Revue de Médecine*, sous le titre de « Septicémie médicale suraiguë des enfants », un article qui, complété par la thèse du docteur Claisse, étudie les causes et la pathogénie des infections secondaires.

Dans le service de M. le docteur Legroux, à l'hôpital Trousseau, où nous étions externes, nous avons observé une épidémie d'érythème infectieux, survenant chez des enfants atteints de fièvre typhoïde. Nous en avons fait un érythème spécial, sous l'inspiration de l'article paru dans la *Médecine moderne* de 1890. Mais, d'après les travaux plus récents cités plus haut, nous ne pouvons plus faire de ces érythèmes infectieux que l'un des symptômes curieux, mais banals, des infections secondaires.

C'est l'étude de ce symptôme, des conditions dans lesquelles il est apparu, que nous voulons relever dans les observations recueillies dans le service de M. le docteur Legroux à Trousseau.

Ce sont les travaux et les conseils de M. le docteur Hutinel, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, qui nous ont complètement guidé dans la rédaction de ces quelques notes.

CHAPITRE DEUXIÈME

Étiologie

La manifestation érythémateuse de l'infection secondaire s'est montrée chez des enfants atteints de fièvre typhoïde, mais non chez tous : la moitié des thyphiques et plus n'ont pas présenté l'érythème avec accompagnement de phénomènes généraux graves.

Filles et garçons ont été à peu près également atteints.

L'érythème s'est montré chez les tout jeunes enfants, mais aussi et plus souvent chez les fillettes âgées de 13 à 14 ans, et c'est dans ces cas où l'infection a été la plus grave.

La terminaison par la mort a eu lieu dans quatre cas sur onze observations : un garçon de 6 ans, un autre de 14 ans, et deux filles de 14 ans.

L'épidémicité, non pas de l'érythème, mais de l'infection secondaire à forme érythémateuse, s'est manifestée en deux séries distinctes :

Une première épidémie a eu lieu en juillet avec trois décès sur six observations ; elle se termine dans le mois, et la dernière malade atteinte (obs. VI) sort le 17 août de l'hôpital.

La seconde épidémie commence avec une malade entrée le 15 septembre (obs. VII). Il y a donc eu un mois d'intervalle entre ces deux épidémies.

La contagion dans le service à l'hôpital, d'après les lits occupés par les malades, semble aussi évidente que l'épidémicité.

Dans la salle des filles, l'érythème apparut dans l'épidémie en juillet, chez des malades occupant des lits assez voisins : ce sont les lits n° 26 (obs. I), 29 (obs. IV), 30 (obs. II).

Les malades du lit 30 et du lit 26 sont entrées le même jour, le 20 juin. L'une a eu l'éruption le 30 juin (lit 30) ; l'autre, le 3 juillet, c'est à trois jours d'intervalle. — La malade du lit 29, qui entre le 23 juin, est atteinte à son tour le 17 juillet.

Les deux premières sont mortes le 3 et le 6 juillet, c'est-à-dire plus de dix jours avant l'apparition de l'éruption sur la malade du lit 29, et dix-huit jours après l'apparition du premier érythème grave dans la salle, au lit 30.

Dans la salle des garçons, toujours au moment de la première épidémie, en juillet, les deux malades se trouvent au lit 3 (obs. III) et au lit 28 (obs. V), c'est-à-dire l'un en face de l'autre.

Le premier entre le 20 juin, l'autre le 23 juin. L'éruption apparaît le 30 juin au lit n° 3 ; l'enfant est emmené mourant le 4 juillet.

Au lit n° 28, en face exactement du précédent, l'éruption apparaît le 5 juillet, cinq jours après l'apparition au lit n° 3.

Nous venons de voir qu'il y avait eu un intervalle de trois jours entre l'apparition de l'éruption dans la salle des filles, à deux lits assez proches.

Il est à remarquer que les malades atteints à peu de jours d'intervalle sont entrés à l'hôpital le même jour, 20 juin, (obs. I et II) de filles ; les 20 et 23 juin (obs. III et V) de garçons.

Enfin, il nous faut signaler ce fait qu'à la seconde épidémie, en septembre, les deux observations (obs. VIII et obs. IX) concernent les deux frères atteints de l'érythème, l'un le 23, l'autre le 26 septembre. Ils étaient entrés le même jour à l'hôpital.

Nous ne ferons pas l'étude de la pathogénie, étude très instructive et très intéressante ; elle est l'objet de la thèse du docteur Claisse, où se trouvent exposés avec une précision remarquable, indispensable en de pareils travaux scientifiques, les résultats de ses recherches.

Ce qu'il est nécessaire de dire, c'est que le principal agent de ces affections aiguës et suraiguës, « plaie des hôpitaux d'enfants », qui apparaissent dans les maladies générales, est un streptocoque virulent.

« Ce streptocoque... acquiert une nocivité extraordinaire, soit par le fait de son passage incessant d'un sujet malade à un autre également malade, soit par le fait de son association avec d'autres germes infectieux, et probablement avec ces deux procédés à la fois ; il réalise une exaltation considérable de sa virulence, et du même coup modifie profondément les allures et la gravité des infections secondaires dont il est responsable. » (*Revue de Médecine*, mai 1893.)

C'est le streptocoque virulent qui produit l'infection secondaire avec tous ses symptômes, et en particulier le symptôme érythème.

Comment et pourquoi apparaît l'érythème ?

Pour expliquer l'apparition d'un érythème dans une infection secondaire au cours d'une maladie aiguë, on peut de suite songer à la forme même de la maladie primitive, et l'on comprend facilement que lorsqu'une affection atteint le système cutané, celui-ci soit en état de moindre résistance, ou bien offre des conditions favorables à l'apparition d'une manifestation cutanée.

La scarlatine, la rougeole et autres fièvres éruptives sont dans ce cas. Dans la fièvre typhoïde, on ne peut invoquer que l'éruption de taches rosées, embolies capillaires de bacilles, d'après Neushauss, que Chantemesse et Widal n'ont jamais pu contrôler.

Il serait plus juste peut-être d'incriminer, dans la production de ces érythèmes, le système nerveux. Bien des raisons peuvent être mises en avant : la symétrie dans l'éruption ; son apparition dans les états où le système nerveux est très touché par la maladie, etc. En effet, on constate la fréquence des érythèmes dans la diphtérie, maladie où se rencontrent les paralysies, amyotrophies, etc. ; et aussi dans la fièvre typhoïde qui laisse après elle un état d'asthénie nerveuse remarquable, convalescence longue, faiblesse, etc.

Quant au mécanisme de production des lésions cutanées, on peut invoquer l'action sur le système nerveux de toxines secrétées par les microbes, toxines connues pour la diphtérie depuis les travaux de Roux et Yersin, encore inconnues pour la fièvre typhoïde. L'absorption est facile par les muqueuses dénudées, ulcérées, et les toxines agiraient par action vasomotrices, opinion que l'on peut admettre depuis les découvertes des actions ectasiques et anectasiques de produits microbiens solubles étudiés par M. Bouchard.

Du reste, on sait combien sont fréquents les érythèmes toxiques par poisons minéraux ou organiques.

Enfin, on pourrait faire intervenir un dernier facteur réel, quoique non expliqué, consistant en une sensibilité particulière du système nerveux chez les sujets prédisposés par leur hérédité nerveuse ou par leurs maladies antérieures.

CHAPITRE TROISIÈME

Description

La description de l'érythème, au point de vue auquel nous nous plaçons, c'est-à-dire comme manifestation d'une infection secondaire au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant, doit comprendre l'étude de l'éruption et des symptômes qui l'accompagnent, dont l'ensemble constitue une triade symptomatique de l'infection secondaire : érythème, ulcérations buccales et péri-buccales, et intensité des phénomènes généraux.

Cet érythème se présente sous des aspects variés, non caractéristiques, d'ailleurs, de l'infection. Toutefois dans les cas graves, et ce sont ceux que nous envisageons, il revêt une forme un peu particulière, sur laquelle M. Hutinel a attiré l'attention.

Il apparaît, le plus souvent, après le second septénaire de la fièvre typhoïde, ou même pendant la convalescence.

Son siège de prédilection se trouve sur les membres, les poignets, les malléoles, les coudes, les genoux.

Il est le plus souvent symétrique.

Il débute à la périphérie et s'étend sur le tronc, puis la face.

Les formes éruptives appartiennent aux diverses variétés de l'érythème polymorphe : ce sont des macules irrégulièrement arrondies; rouge vif, s'effaçant momentanément à la pression, à bords assez nets, quelquefois légèrement saillantes, rugueuses sous le doigt.

Ces macules peuvent devenir confluentes et former des placards lisses, avec, à la périphérie, des macules plus petites disséminées.

La coloration peut devenir violacée, et quelquefois la congestion peut être assez intense pour donner lieu à un pointillé hémorragique, et l'on trouve des taches purpuriques.

Enfin l'on voit à certains points du corps, aux genoux par exemple, mêlées avec les formes précédentes, quelques vésico-pustules formant une gouttelette de pus entourée d'une zone rouge violacé.

Et pour compliquer le polymorphisme, on voit apparaître encore, au niveau des articulations le plus souvent, des éruptions d'urticaire.

Le prurit est peu intense, quand il existe.

La desquamation est très légère ou passe inaperçue, du moins dans la fièvre typhoïde. La durée est de quelques jours, deux à cinq jours, et quelquefois l'éruption se reproduit.

L'érythème est accompagné ou précédé de lésions sur lesquelles M. Hutinel, le premier, a attiré l'attention avec insistance, et dont il a démontré l'importance : ce sont les lésions buccales et péri-buccales.

On a trouvé, chaque fois qu'on les a cherchées, des lésions sur les lèvres ou les gencives, la langue, le palais, la luette ou le pharynx, etc. Ces lésions consistent en fissures labiales multiples, surtout à la lèvre supérieure ; en ulcérations d'apparence aphteuse avec enduit grisâtre empiétant sur la peau, siégeant au pourtour de l'orifice des narines. Lorsqu'elles sont nombreuses, confluentes, elles donnent à la physionomie un aspect spécial de laideur, que l'on n'oublie plus quand on a été à même de l'observer.

Enfin pour achever cette triade clinique : érythème polymorphe, ulcérations buccales et péri-buccales, intensité des phénomènes généraux, il reste à décrire ce troisième symptôme.

Les troubles fonctionnels présentés par les enfants dépendent de la nature de la maladie aiguë au cours de laquelle est survenue l'éruption secondaire : ainsi, dans la fièvre typhoïde, ils seront surtout prononcés du côté du tube digestif. C'est ce qui a lieu en effet. Les vomissements sont très fréquents, l'intolérance stomacale est, dans quelques cas, absolue. La diarrhée augmente, et (toujours dans les états graves) les selles revêtent un aspect spécial gris verdâtre très net qui frappe beaucoup les observateurs ; fétidité accentuée. L'urine a été trouvée albumineuse chaque fois qu'on a pu la recueillir.

La température présente dans les cas observés au cours de la fièvre typhoïde une courbe assez particulière, sur laquelle l'attention de M. Hutinel avait déjà été attirée en 1890. Avant l'éruption la température monte soit brusquement, soit d'une façon continue.

A cette ascension succède une dépression considérable, brusque, subite, de 1°, 2° et même 3°. La température peut tomber au-dessous de la normale.

Le plus souvent c'est à ce moment qu'un examen attentif fait reconnaître sur le corps de l'enfant la présence de l'éruption dont le début remontait à quelques jours.

Puis la température remonte plus ou moins jusqu'à la mort.

Cette chute de température vraiment curieuse n'est pas le fait d'un véritable collapsus, ainsi que le fait remarquer M. le docteur Hutinel ; il n'y a pas de refroidissement périphérique, les malades peuvent répondre et comprendre. — L'état général est aussi grave, cette chute de la température ne correspondant à aucune modification extérieure apparente.

La prostration et l'adynamie sont très accentuées, l'excitabilité du système nerveux est extrême, les réflexes tendineux exagérés ; il existe de la trépidation spinale.

Le facies est très altéré, il offre un masque de stupeur ; les yeux sont caves, le nez effilé, les joues creuses et marbrées de taches rouges.

La mort a lieu le plus souvent dans le coma :

L'enfant ne répond plus aux excitations ; il y a de la dyspnée, respiration courte, brève, superficielle. Les yeux sont convulsés en haut, les pupilles très rétrécies n'offrent plus de réflexes à la lumière, le réflexe palpébral disparaît.

Pas de vomissements ; pas de soubresauts ni de convulsions ; les mains sont fermées, les pouces sous les autres doigts. La peau est sèche, brûlante ; le pouls fréquent, petit. La mort survient peu à peu par arrêt du cœur.

Lorsque la mort ne survient pas, l'état général est profondément touché et l'organisme se ressent longtemps de cette attaque de septicémie. Les enfants sont obligés de rester couchés, incapables qu'ils sont de se lever et de marcher. L'amaigrissement est remarquable ; les os sont saillants, les muscles semblent disparus ; ils ne se dessinent plus sous la peau lâche, sèche, amincie, formant des plis persistants.

L'appétit est long à revenir ; il n'y a pas cette voracité si fréquente chez les convalescents de la fièvre typhoïde.

Souvent même, pendant cette période, on voit des poussées de furoncles, d'abcès.

La durée de la période aiguë de l'infection qui est de quelques jours, cinq en moyenne, semble prolonger indéfiniment celle de la convalescence.

CHAPITRE QUATRIÈME

Anatomie pathologique

Il faut considérer les lésions appartenant en propre à la maladie primitive, à la fièvre typhoïde, et les lésions surajoutées dépendant de l'infection secondaire.

On trouve, en effet, à l'autopsie, les lésions classiques de la dothiéntérie, et en particulier les lésions intestinales : plaques de Peyer ulcérées, d'autres en voie de cicatrisation, ganglions mésentériques volumineux, etc.

L'estomac est souvent dilaté. — La rate est ferme, peu hypertrophiée, violacée ; quelquefois elle est encore molle, diffluyente, comme au début de la fièvre typhoïde. Les reins semblent le plus souvent normaux.

D'autres lésions d'organes paraissent sous la dépendance de l'infection secondaire : ce sont les altérations du foie, du sang et des poumons.

Le foie est volumineux, lourd. Il est mou, friable et d'aspect extérieur jaunâtre, gras. À la coupe cet aspect jaune est plus marqué encore ; il y a des marbrures.

L'on constate au microscope des amas de gouttelettes graisseuses à la périphérie des lobules, puis une accumulation par places d'amas embryonnaires formant des groupes arrondis dans l'intervalle des lobules.

Le sang est noirâtre, liquide, poisseux, tachant facilement les tissus et leur donnant une teinte lie de vin sale.

Dans les poumons, on note fréquemment les lésions de bronchite ou de broncho-pneumonie. C'est au niveau de ces

lésions qu'ont été faites les recherches bactériologiques de Claisse.

Le cœur ne présente pas de traces d'endocardite.

Le système nerveux n'a pas de lésions accentuées ; il n'y a que de la congestion du système veineux.

Les lésions de l'érythème sont celles qui ont été décrites par M. le professeur Leloir, de Lille (*Société d'anatomie*, 1883 ; *Archives de Physiologie*, 1878-1880).

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE

On trouve encore le bacille d'Eberth dans la rate, dans quelques cas où l'examen a été fait. Aucune culture n'a été possible avec le sang pris dans le cœur.

L'examen d'une vésico-pustule n'a donné lieu qu'à des colonies banales de staphylocoques (pas de streptocoques). Cela ne fait du reste que confirmer la théorie actuelle de la présence du pus dans une vésicule par infection extérieure. Nous devons ces examens bactériologiques à l'obligeance de M. Grenouillet, interne en pharmacie dans le service de M. le docteur Legroux.

Pendant la vie, la recherche de microorganismes dans le sang, en particulier au niveau des taches érythémateuses, a été absolument négative. Jamais, dit M. Hutinel, on n'a pu observer jusqu'à présent, pendant la vie, de microorganismes dans le sang, quand on prend toutes les précautions nécessaires.

Enfin il reste l'examen des lésions buccales et péri-buccales et des lésions pulmonaires.

Ce travail est fait dans la thèse du docteur Claisse.

« Au niveau des lésions buccales, on rencontrait surtout des staphylocoques ; mais quand l'enfant succombait, c'était

surtout le streptocoque virulent que l'on découvrait dans le larynx et les bronches.

« Il est permis de penser que l'action irritante d'un microbe sur les muqueuses, à l'entrée des voies aériennes, a préparé l'implantation d'un autre agent plus virulent que lui, dont le rôle n'a pas tardé à devenir prépondérant. » (Hutinel et Claisse. *Revue de Médecine*, mai 1893.)

CHAPITRE CINQUIEME

Diagnostic

Le diagnostic de l'érythème, symptôme d'une infection secondaire dans la fièvre typhoïde, sera facile si l'on tient compte de ce que l'apparition de l'érythème est précédée et accompagnée de ces deux phénomènes :

1° Intensité des phénomènes généraux (température avec sa courbe spéciale dans la fièvre typhoïde, troubles gastro-intestinaux, troubles nerveux, facies, etc.);

2° Apparition des ulcérations buccales et péri-buccales.

Les formes de l'érythème ne sont pas caractéristiques ; elles revêtent les divers aspects de l'érythème polymorphe.

Il faut songer, chez les enfants, pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, à l'apparition possible de la rougeole ou de la scarlatine ; mais si la présence de quelques taches rouges pouvait faire penser à l'une ou l'autre de ces deux affections, leur siège au niveau des articulations et leur début à la périphérie, leur évolution et l'apparition de vésico-pustules dans l'érythème de l'infection secondaire, permettraient facilement de les distinguer des papules inégales débutant sur la face dans la rougeole, et de la rougeur diffuse avec pointillé débutant sur le tronc dans la scarlatine, sans compter la différence dans les phénomènes généraux et la marche de la température : les manifestations du côté des muqueuses dans la rougeole, coryza, éternuements, larmoiement, etc. ; l'aspect de la gorge et de la langue, etc., dans la scarlatine.

Dans la variole, l'apparition de papules acuminées, se transformant après quelques jours en vésico-pustules, et la marche de la température qui tombe au moment de l'éruption, pourraient faire songer à l'érythème que nous décrivons. Mais ces papules apparaissent d'abord et surtout au visage ; l'éruption a été depuis plusieurs jours précédée des phénomènes caractéristiques de la variole : température très élevée avec transpiration abondante, vomissements constants, rachialgie et constipation, etc.

De même, il faudrait songer aux rash de la période d'invasion de la variole, si variables dans leur manifestation : rash morbilliforme, rash ortié, rash scarlatiniforme, rash purpurique ; mais ils seront accompagnés des phénomènes décrits plus haut.

Toutefois, dans les *formes anormales* de ces fièvres éruptives, le diagnostic sera difficile : il faudra tenir compte de la forme épidémique.

On peut aussi avoir à faire le diagnostic avec les *érythèmes de causes externes* coïncidant avec une rechute de la fièvre typhoïde au moment du commencement de la convalescence, et dont les phénomènes généraux : élévation de la température, diarrhée, abattement, pourraient faire croire à l'apparition des phénomènes de l'infection secondaire.

Ainsi : les érythèmes mécaniques, par frottement des membres contre les draps, par pression prolongée, et situés au sacrum, aux talons, etc. ; — par présence de substances irritantes : la sueur, l'urine, les matières fécales, etc. ; — par substances médicamenteuses : les frictions avec essence de térébenthine, chloroforme ; les applications de farine de moutarde, de poudre d'iodoforme, d'onguents mercuriels, etc. — Il suffit de signaler ces cas.

Il faut également appeler l'attention sur les érythèmes par *intoxications médicamenteuses*. — Aucun des médicaments,

aux doses thérapeutiques qui ont été employées, ne peut donner lieu à des phénomènes aussi graves que ceux que nous avons signalés. — Puis les médicaments étaient les mêmes pour tous les malades qui, bien que soignés d'une façon à peu près identique, n'ont pas tous présenté les mêmes phénomènes. — De plus, en face de la forme épidémique de l'érythème, on ne peut invoquer la prédisposition individuelle. — Enfin, il faut observer que la cessation des médicaments n'empêchait pas l'apparition de l'érythème.

On donnait aux enfants :

Calomel 0,30 à 0,50 centigr ;

Naphtol et salicylate de bismuth aux doses de 2 grammes *pro die* ;

Bétol ou benzo-naphtol, dose 2 à 4 gr. *pro die* ;

Enfin le chlorhydrate de quinine, 0,50 à 1 gramme.

Tels sont, parmi les médicaments qui ont été employés dans la fièvre typhoïde, ceux qui auraient pu être incriminés comme pouvant produire l'apparition de l'érythème.

Il est inutile d'insister sur les érythèmes qui apparaissent sans être accompagnés de phénomènes généraux :

Tel est le rash alcoolique qui se produit sur certains enfants par ingestion d'une petite quantité d'alcool, et qui consiste en plaques fugaces sur la face et le tronc (Barbillion. *Archives de Physiologie*, janvier 1887).

Les érythèmes quiniques surviennent chez les femmes, le plus souvent sous forme de roséole débutant par la face, avec démangeaisons vives et desquamation abondante.

Les érythèmes dus au naphtol sont peu fréquents.

Deux sortes d'érythèmes médicamenteux pourraient être une cause d'erreur : les érythèmes dus à l'iodoforme et ceux dus au mercure ; ils s'accompagnent souvent de phénomènes généraux.

Les érythèmes iodoformiques qui apparaissent lorsque

l'on saupoudre les plaies avec de grandes quantités de poudre, surtout chez les sujets cachectiques : les troubles généraux sont parfois intenses ; il y a le plus souvent du délire ; on n'observe pas d'élévation de température très notable ; l'érythème est léger, quelquefois vésiculeux.

Les érythèmes, causés par l'absorption du mercure à l'intérieur, et en particulier du calomel à faible dose donné comme purgatif, ont été étudiés par le docteur Morel Lavallée, dans la *Revue de Médecine* (juin 1891).

Le diagnostic peut être fait, et d'après l'éruption et d'après les phénomènes généraux.

« L'hydrargyrie pathogénétique » c'est-à-dire l'action sur la peau consécutive à l'absorption (Bazin) a pour siège de prédilection les régions inguino-abdominales ; l'érythème d'aspect scarlatiniforme est précédé de démangeaisons mordicantes. Il y a de la fièvre. Sur les placards cramoisis granités apparaissent de petites vésicules miliaires, très nombreuses, d'égal volume et très prurigineuses ; le derme est œdématié. La desquamation scarlatiniforme est le plus souvent très abondante. Les altérations cutanées sont très importantes. — Les phénomènes généraux sont souvent graves : insomnie, délire, coma, diarrhée et vomissements ; — stomatite. — La mort est exceptionnelle.

On pourrait peut-être invoquer l'action du calomel pour expliquer l'apparition de l'érythème que nous avons observé chez les enfants. Mais outre les différences faciles à voir : siège de l'éruption miliaire, derme infiltré, desquamation abondante, importance des lésions cutanées dans l'hydrargie, l'érythème est apparu, sans que l'on pût invoquer cette cause, chez des enfants qui n'avaient pas pris de calomel.

Il faut distinguer encore en particulier, dans la fièvre typhoïde, les éruptions érythémateuses signalées par nombre d'auteurs. On peut les étudier en deux séries, les unes pré-

coces, les autres tardives, suivant la division de Maurice Raynaud (*Leçons cliniques*, 1880) ; les unes et les autres n'ayant aucune influence sur la marche de la maladie, et apparaissant non accompagnées de phénomènes généraux.

Ce sont les éruptions précoces : scarlatiniformes de Forget (*Union médicale* 1852), de Murchison (*Traité de la fièvre typhoïde*, 1878) ; les éruptions tardives : rubéoliformes décrites dans la thèse de M. le docteur Lovy en 1890 ; polymorphes, par Raymond et Nélaton, dans *le Progrès médical*, 1878 ; celles-ci semblent, disent ces auteurs, avoir une heureuse influence sur la marche de la maladie. — On voit combien cela est loin de l'érythème décrit.

Toutefois, il faut signaler, dans la thèse de R. Reynaud, Paris 1881, une observation d'érythème survenu chez une femme, le 21^e jour de la maladie, débutant à la périphérie, puis se généralisant en quelques jours. En même temps apparaissaient des phénomènes généraux graves, de l'albuminurie, de la diarrhée, et bientôt la malade mourait dans le coma, avec température élevée.

Cette observation de l'érythème, avec symptômes généraux graves chez l'adulte, semble analogue aux faits que nous avons eus en vue. Toutefois on ne trouve pas notées les lésions buccales ou péribucales.

CHAPITRE SIXIÈME

Pronostic et Traitement

L'érythème est symptomatique d'une infection secondaire, en particulier dans la fièvre typhoïde chez l'enfant, lorsqu'il apparaît accompagné des autres symptômes décrits : phénomènes généraux graves ; présence d'ulcérations péribucales et buccales.

Son apparition est donc de pronostic sérieux dans ces cas, puisqu'il indique l'existence de l'infection secondaire ; sa forme n'est pas toujours en rapport avec le degré de cette infection secondaire.

La gravité du pronostic peut être subordonnée aux conditions suivantes :

Au mode d'infection : l'association microbienne augmentant la virulence de certaines microorganismes.

Au sujet qui fournit un terrain propice au développement de l'infection par ses maladies antérieures ; hérédité tuberculeuse ou syphilitique, affections cardiaques, débilité, etc,

Enfin au milieu où existe l'infection.

La gravité de l'infection secondaire est extrême dans les hôpitaux d'enfants ; elle est due à l'encombrement dans les salles, et pourrait s'expliquer par l'augmentation de virulence des microbes passant d'un sujet à l'autre.

L'aspect de l'éruption et sa marche peuvent indiquer la gravité de l'infection : ce sont, en particulier, la présence des vésico-pustules et l'extension de l'éruption au visage.

L'apparition de ces deux phénomènes doit faire craindre

une mort prochaine, surtout lorsque les phénomènes généraux graves persistent ou augmentent d'intensité : l'intolérance stomacale, et surtout la diarrhée à couleur spéciale gris verdâtre ; l'élévation continue de température après la chute coïncidant avec l'apparition de l'érythème ; tous ces signes sont les indices d'une terminaison fatale.

Que la guérison survienne au bout de quelques jours, l'érythème disparaît, les ulcérations sont guéries ; mais l'état général est gravement atteint ; la convalescence sera longue et difficile, quelquefois même accompagnée d'éruptions, de furoncles, d'abcès. L'appétit ne revient que lentement ; la faiblesse est extrême. Les enfants sortent de l'hôpital pâles, amaigris, bien longtemps après ceux qui ont été atteints de fièvre typhoïde sans présenter les signes de l'infection secondaire.

On comprend qu'avec le mode d'invasion, le mode d'évolution, on puisse parvenir à éviter l'infection secondaire. On peut employer les moyens déjà connus, déjà pratiqués en particulier contre le même streptocoque dans les services d'accouchement, c'est-à-dire l'isolement et la propreté. Éviter l'encombrement, puis si un cas d'infection se déclare, de suite l'isoler et désinfecter la salle et les objets. Déjà on évitera la contagion, les épidémies, et par suite l'augmentation de virulence du microorganisme pathogène.

L'indication pratique sur laquelle je voudrais le plus insister et que je désirerais donner comme conclusion à ces notes, c'est, dans toutes les maladies chez l'enfant : bronchites, angines, etc., et en particulier dans la fièvre typhoïde, d'antiseptiser les plaies et ulcérations, et surtout celles qui sont faciles à voir chez l'enfant, celles qui sont si fréquentes, les ulcérations buccales et péri-buccales. Et cela par les lavages répétés avec des solutions antiseptiques, lavages des lèvres, de la bouche, des orifices du nez, etc. Ensuite couvrir toutes

ces fissures et ulcérations de vaseline boriquée qui les met momentanément à l'abri des germes infectieux et des poussières extérieures.

M. Hutinel recommande l'acide lactique en solution faible, 15 %, qui a paru efficace sur les ulcérations des lèvres.

On détruit ainsi les microbes, ou associations microbiennes qui végètent sur les plaies et préparent le terrain ; on modifie la plaie ; on la guérit ; on empêche ainsi la pénétration dans l'organisme des produits toxiques fabriqués par les microorganismes.

Enfin, l'organisme étant infecté, il faut relever l'état général par les toniques habituels, alcool, café, caféine, kola, etc., aider à l'élimination des produits toxiques ou à leur destruction par le lait, l'oxygène en inhalations, la quinine, etc.

« Ce n'est pas, dit en conclusion M. Hutinel, en inventant une thérapeutique nouvelle de l'infection puerpérale que l'on est arrivé à en tarir presque complètement la source dans les services hospitaliers ; c'est en supprimant presque à coup sûr la possibilité des infections secondaires. Or les microorganismes qui sont à redouter dans les hôpitaux d'enfants sont précisément les mêmes qui causaient naguère tant de ravages dans les salles d'accouchement. La même prophylaxie doit leur être appliquée : la propreté ! »

OBSERVATION I

Cl..., Camille, âgée de 14 ans.

Cette enfant entre, le 20 juin 1892, dans le service de M. le docteur Legroux, à l'hôpital Trousseau, salle Blache, lit n° 26.

Les antécédents sont bons : le père et la mère, actuellement vivants, sont bien portants, ainsi que six frères et une sœur.

Comme antécédents personnels, il faut noter une rougeole à cinq ans, et deux attaques de rhumatisme, il y a deux ans; cette dernière affection a laissé une lésion cardiaque : insuffisance mitrale. On constate, en effet, à l'auscultation, un souffle au premier temps, à la pointe, se prolongeant dans l'aisselle, etc.

Cette enfant est réglée depuis un an. — Le début de la maladie remonte à une dizaine de jours; l'enfant a éprouvé de la fièvre, a eu de l'insomnie, de l'inappétence, etc.

A son entrée à l'hôpital, on constate que la température s'élève à 38°; le lendemain, elle est à 40°. La langue est blanche, chargée, la soif vive; il y a des vomissements; peu de diarrhée.

A la percussion, le foie et la rate ne semblent pas hypertrophiés.

Le diagnostic d'embarras gastrique, porté au début, est modifié les jours suivants. L'état général devient grave; la température présente de grandes oscillations entre 38° et 39°; les vomissements sont fréquents et verdâtres; la diarrhée abondante, de couleur gris verdâtre.

L'amaigrissement fait en quelques jours des progrès rapides. La température descend au-dessous de 38°.

La malade ne peut absorber quoi que ce soit : dysphagie, tenant probablement à des lésions de la gorge. On donne des lavements de bouillon, de péptone, etc.

Le 2 juillet, la température s'élève un peu au-dessus de 38°, et le lendemain on constate une éruption qui se généralise rapidement sur les membres, le tronc et la face.

La température baisse jusqu'au 11 juillet où la mort survient avec température 39°.

L'autopsie n'a pas été faite.

L'éruption est survenue trente jours environ après le début de la maladie et dix-neuf jours après l'entrée à l'hôpital.

La mort a eu lieu huit jours après le début de l'éruption.

Cet érythème s'est montré chez un sujet très atteint par la maladie et présentant une lésion cardiaque qui a pu le mettre en état de moindre résistance.

On n'a pas songé à noter ou à rechercher la présence des ulcérations buccales et péri-buccales.

OBSERVATION II

(Cette observation est due à l'obligeance de M. Grenouillet.)

Ch..., Jeanne, âgée de 14 ans.

Cette enfant entre le 20 juin 1892, à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le docteur Legroux, salle Blache, lit n° 30.

Les antécédents héréditaires sont bons. Comme antécédents personnels, l'enfant n'a eu, en fait de maladies, que la rougeole.

Le début de l'affection actuelle remonte à sept jours ; il y a eu des épistaxis ; vomissements, céphalalgie, etc.

A son entrée dans le service, on constate tous les signes de la fièvre typhoïde : température élevée, foie et rate hypertrophiés, taches rosées, diarrhée, etc.

Au bout de quelques jours, vers le 30 juin, on constate la présence de quelques macules aux membres inférieurs ; puis l'éruption s'étend, il se forme quelques vésico-pustules.

L'état général est très grave dès le début : vomissements, diarrhée, urine albumineuse.

Perte de connaissance, coma

La mort survient le vingt-troisième jour de la maladie, avec température très élevée.

A l'autopsie, on constate les lésions habituelles de la fièvre typhoïde : plaques de Peyer nombreuses, ulcérées ; aucune n'est en voie de cicatrisation. Les poumons sont congestionnés aux deux bases. Le cœur n'a pas de lésions valvulaires. La rate est congestionnée. Le foie est très augmenté de volume ; il est très friable ; sa couleur est jaunâtre, son aspect gras.

C'est dans ce cas où l'examen de la sérosité des méninges et de la rate a permis de constater la présence du bacille d'Eberth.

L'examen du sang recueilli dans le cœur, avec toutes les précautions nécessaires, a été négatif.

OBSERVATION III

Mev..., Ernest, âgé de 9 ans

Cet enfant est entré le 20 juin 1892, à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le docteur Legroux, salle Barrier, lit n° 3.

Les antécédents héréditaires et les antécédents personnels sont bons ; l'enfant n'a eu que la rougeole à huit ans.

La maladie actuelle a débuté, il y a huit jours, par de l'abattement et de l'insomnie. Deux jours avant l'entrée à l'hôpital, il y a eu des vomissements alimentaires et de la diarrhée abondante, couleur ocre.

A l'entrée à l'hôpital, on constate : abattement, prostration, somnolence continuelle. La langue est blanche et épaisse. Il y a de la douleur et du gargouillement à la pression dans la fosse iliaque droite.

Taches rosées sur l'abdomen.

A l'auscultation, râles disséminés dans les deux poumons.

La rate est peu volumineuse à la percussion, mais la pression de la région est douloureuse. — Le foie semble normal. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

La température est 40°,6 le jour de l'entrée. Elle tombe rapidement, et le 25 juin elle est de 37°,3.

Le 29 juin, la température remonte à 39°,3, et le lendemain, 30 juin, on constate sur le tronc et les membres une éruption abondante de taches et de papules rouge intense.

La température tombe le 4 juillet à 36°,8. L'enfant est emmené par sa famille, dans un état très grave, laissant peu d'espoir de guérison.

L'érythème est apparu dix-huit jours après le début de la maladie et dix jours environ après l'entrée à l'hôpital.

Il n'y a pas de recherches indiquées sur la présence des ulcérations buccales et péri-buccales.

OBSERVATION IV

Men..., Maria, âgée de 12 ans 1/2

Cette enfant est entrée le 23 juin 1892, à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Legroux, salle Blache, lit n° 29.

Antécédents héréditaires : le père a une bronchite de nature indéterminée ; la mère est bien portante ; il y a trois frères et quatre sœurs bien portants.

Comme antécédents personnels, il faut noter la coqueluche, la rougeole. L'enfant *aurait eu* une fièvre muqueuse à l'âge de quatre ans. Enfin, dans l'hiver 1891-92, elle a eu une bronchite.

Le début de la maladie remonte à huit jours ; il y a eu fièvre, insomnie, etc.

Actuellement, on constate : courbature, maux de tête, saignements de nez, douleurs dans le ventre, diarrhée (quinze selles fétides par jour).

Diagnostic : fièvre typhoïde. La température tombe en oscillations décroissantes. La maladie entre assez rapidement en convalescence.

Le 2 juillet, la température monte brusquement à près de 41°, probablement par suite de l'alimentation trop vite reprise ; puis la température descend d'un degré chaque jour et tombe à 37° le 6 juillet.

Quelques jours après, l'état général, au lieu de s'améliorer, devient plus grave, et il apparaît sur le visage, au pourtour de l'orifice des narines, sur les lèvres, des ulcérations douloureuses, suintantes, formant des croûtes qui se renouvellent malgré les lavages fréquents à l'eau boriquée et l'application de vaseline boriquée.

Le 16 juillet, la température est 40°,4, le soir ; le lendemain matin, elle est à 38°.

On constate sur le corps l'apparition d'une éruption rouge intense papuleuse. Les jours suivants, on peut voir quelques vésico-pustules, surtout au niveau des genoux ; mais au bout de quelques jours, l'éruption disparaît sans qu'on ait noté de la desquamation.

La convalescence a été très longue, et la malade sortait de l'hôpital le 14 août, très amaigrie et anémiée.

L'éruption est apparue pendant la convalescence, trente jours après le début de la maladie. Ce n'est que vingt-neuf jours plus tard que l'enfant a pu quitter l'hôpital.

OBSERVATION V

Sa..., Joseph, âgé de 13 ans 1/2.

Cet enfant entre, le 23 juin 1892, dans le service de M. le docteur Legroux, à l'hôpital Trousseau, salle Barrier, lit n° 28.

Les antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien comme tares, tuberculeuse ou autres. L'enfant *aurait eu*, il y a deux ans, une fièvre typhoïde.

Actuellement, il est souffrant depuis quatre jours ; il y a de la courbature, de l'anorexie, de l'agitation nocturne ; constipation depuis trois jours.

A l'examen, le ventre est ballonné ; à la pression, il y a douleur et gargouillement dans la fosse iliaque droite. — Le foie est gros. — La rate est hypertrophiée.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, la température dépasse 40° ; les jours suivants elle oscille d'une façon irrégulière autour de 39°. Le 5 juillet elle atteint 41° et quatre jours après, elle descend à 37°,2.

On a constaté des ulcérations aux lèvres et l'apparition d'une éruption, surtout intense aux membres, au niveau des articulations.

L'enfant est mort le 12 juillet.

Cette observation fait constater de nouveau la coïncidence des ulcérations aux lèvres avec l'apparition de l'éruption, ainsi que la chute de la température.

L'état général a été grave dès le début. La marche de la température et de la maladie ont été irrégulières.

L'éruption a été remarquée quinze jours environ après l'entrée à l'hôpital et environ vingt jours après le début de la maladie.

OBSERVATION VI

Gay..., âgée de 6 ans.

Cette enfant entre à l'hôpital Trousseau le 30 juin 1892, dans le service de M. le docteur Legroux, salle Blache, lit n° 22.

Il n'y a pas d'autres antécédents signalés que la rougeole à un an.

La maladie actuelle *remonterait* à trois semaines, se manifestant par de la courbature, de l'abattement et des douleurs de tête. Depuis quelques jours l'enfant est plus souffrante ; elle a eu des épistaxis et de la fièvre.

A son entrée à l'hôpital, la langue est blanche, le ventre ballonné. La pression des fosses iliaques est douloureuse ; la rate est tuméfiée et il y a de la constipation. Râles de bronchite disséminés ; rien au cœur. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

La température reste oscillante entre 39° et 40°, et après huit jours, elle offre des oscillations descendantes et arrive à 37°. L'enfant entre en convalescence.

Une quinzaine de jours après, vers le 24 juillet, la température monte rapidement et atteint 40°. Alors apparaît sur tout le corps (sauf le visage) une éruption rouge généralisée ; la température descend à 38°.

Il y a des ulcérations au pourtour de l'orifice des narines et autour de la bouche.

A la suite de cette éruption, il y a un abcès du cuir chevelu. Enfin la température descend par oscillations à 37° où elle se maintient jusque vers le 17 août. L'enfant sort alors pour aller achever sa longue convalescence à Epinay.

Cette observation permet de constater, une fois de plus, la coïncidence des ulcérations péri-buccales et de l'éruption.

Cette éruption est apparue pendant la convalescence qui est longue et pénible.

OBSERVATION VII

Val..., âgée de 11 ans.

Cette enfant est entrée le 15 septembre 1892 à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le docteur Legroux, salle Blache, lit n° 4.

Elle a une fièvre typhoïde grave ; on lui donne des bains froids.

Cette malade a présenté une éruption légère, généralisée. — Rien aux lèvres. — Cette éruption a eu lieu pendant la convalescence qui s'est prolongée jusqu'au 5 décembre.

Cette observation si courte n'est rapportée que pour montrer l'épidémicité et l'action de l'éruption sur la prolongation de la convalescence qui avait commencé le 24 septembre.

Début de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION VIII

Bur..., âgé de 3 ans.

Cet enfant entre le 17 juillet 1892 à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le docteur Legroux, salle Barrier, lit n° 18.

Il présente un état très grave : de la prostration, de l'abattement, de la stupeur, du délire. Il n'y a pas de vomissements, mais une diarrhée abondante.

La rate et le foie sont hypertrophiés. Il y a douleur à la pression des fosses iliaques.

La température est à 40° ; le 22, elle monte 40°,2 ; le lendemain elle est à 37°,7.

Et bientôt on aperçoit une éruption érythémateuse généralisée à la face, aux membres, sur le tronc.

C'est à propos de ce cas que l'on recherche les causes de l'éruption ; on l'attribue d'abord aux médicaments employés, et on en fait un érythème médicamenteux dû au bétol. Il n'en est rien, comme on a pu le voir au diagnostic.

L'enfant est sorti guéri vers la fin d'octobre.

Il n'a pas été soigné par les bains froids.

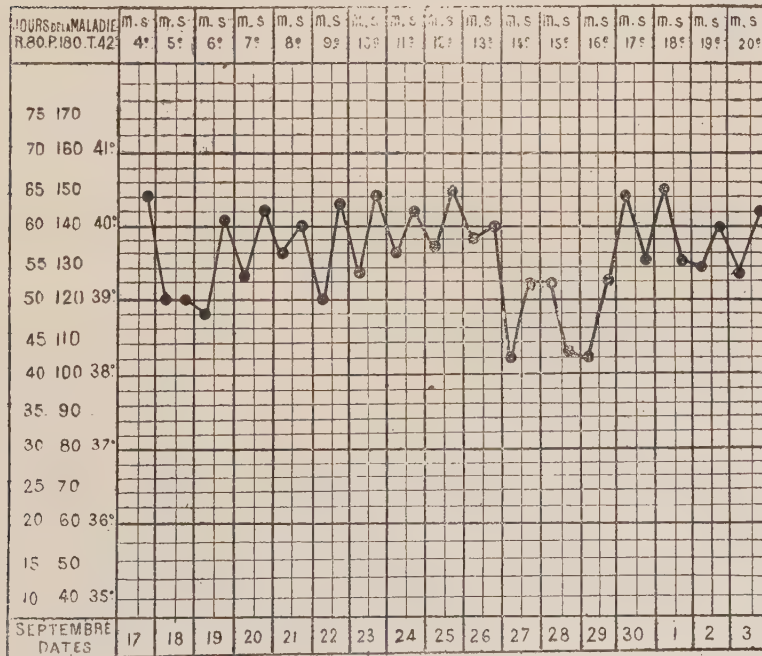
OBSERVATION IX

Bur..., âgé de 6 ans

C'est le frère du malade qui fait l'objet de l'observation précédente. Il est entré le même jour à l'hôpital Trousseau, même service et même salle, lit n° 23.

Le début de la maladie remonte à quatre jours environ.

La température s'élève à 40°,2. (Voir le tracé.)



Il a tous les signes de la fièvre typhoïde : l'aspect prostré, la rate volumineuse, la diarrhée intense, douleur et gargouillement dans les fosses iliaques, etc. État grave.

L'enfant est mis de suite au traitement par les bains froids, qui semblent agir avec de bons résultats pendant le premier et le deuxième jour. Puis, malgré les bains, la température suit une marche oscillante presque régulièrement ascendante jusqu'au 25 septembre, douzième jour de la maladie où elle atteint 40°. 3. — Le lendemain et le surlendemain, on voit apparaître une éruption érythémateuse localisée au début sur les membres inférieurs, à la face postérieure et extrême des cuisses.

La température subit une chute caractéristique jusqu'à 38°, 2.

Les urines contiennent de l'albumine : il n'y en avait pas à l'entrée à l'hôpital.

L'état général est très grave.

Cette éruption est à peu près symétrique aux membres inférieurs et formée de papules irrégulièrement arrondies ou ovalaires de couleur rouge vif ; elles s'effacent momentanément à la pression, et le rouge reparait de la périphérie au centre ; pas de purpura.

Il y avait, depuis quelques jours, des ulcérations aux lèvres et sur la langue.

L'éruption se généralise au tronc et à la face.

Aux membres inférieurs, on remarque, au-dessous du genou, du côté droit, des vésico-pustules saillantes, entourées d'un cercle rouge vineux et d'une zone rosée.

La gouttelette de pus, recueillie avec les précautions habituelles et ensemencée, n'a donné naissance qu'à des colonies de staphylocoques albus.

L'enfant est mort le 3 octobre, sept jours après l'apparition de l'érythème.

AUTOPSIE

L'intestin présente les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde : les plaques de Peyer saillantes, d'autres ulcérées.

L'estomac est très gros, dilaté.

Le foie est altéré, il est d'aspect gras, jaune, hypertrophié.

La rate est ferme, grosse, non diffluente.

Cœur : parois flasques.

Poumons : congestionné à droite en bas, emphysémateux à gauche partie latérale et postérieure.

Cerveau : pie-mère très adhérente à la substance grise qui est ramollie.

OBSERVATION X

Leh..., Albertine, âgée de 13 ans.

Elle entre à l'hôpital Trousseau, le 13 octobre 1892, dans le service de M. le docteur Legroux, salle Blache, lit n° 2.

Le début de la maladie remonte au 7 octobre ; elle a eu des épistaxis, des vomissements, de la céphalalgie, de la diarrhée.

Le ventre est douloureux à la pression et ballonné. La température est de 40°.

La diarrhée devient très abondante.

La rate est hypertrophiée.

Vers le 23 octobre, en même temps qu'une chute de température précédée d'élévation à 39°,6, apparaît une éruption sur les membres inférieurs et sur la figure. — Rien aux lèvres. — On n'a pas cherché plus loin.

La convalescence a été très longue, et l'enfant est sortie de l'hôpital le 11 décembre.

OBSERVATION XI

Med..., Maria, âgée de 14 ans

Elle entre à l'hôpital Trousseau, le 7 octobre 1892, service du docteur Legroux, salle Blache, lit n° 6.

Diagnostic : fièvre typhoïde.

La malade entrait en convalescence dix à douze jours après son entrée à l'hôpital, lorsque l'état général devient plus grave : il y a de la diarrhée fétide, des vomissements verdâtres ; la température monte à 38°,8 le 23 octobre, et le lendemain descend à 36°,5.

On constate une éruption généralisée, surtout intense sur le visage. — Ulcérations sur les lèvres.

La mort a lieu le lendemain, avec température de 39°,5.

CONCLUSIONS

1° Il existe chez l'enfant, dans le cours de maladies aiguës : rougeole, scarlatine, diphtérie, etc., et en particulier de la fièvre typhoïde, des infections secondaires graves, dont un des symptômes les plus fréquents est un érythème.

2° Ces infections sont d'autant plus fréquentes et plus graves qu'elles ont lieu dans un milieu hospitalier plus encombré et chez des sujets plus débilités.

3° Elles semblent avoir pour porte d'entrée les ulcérations buccales et péri-buccales, et pour cause le streptocoque virulent.

4° Le traitement se déduit des deux aperçus précédents : la prophylaxie par l'isolement et l'antisepsie des ulcérations buccales et péri-buccales.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu

et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Accepté pour la présidence :
TARNIER.

